Zur Lehre

von den nach

psychischen Erregungen auftretenden Neurosen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt

der

medizinischen Fakultät zu Erlangen

am 4. Juli 1887

von

Josef Bergmann
aus Nabburg.

ERLANGEN.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von Junge & Sohn.
1887.

Zur Lehre

von den nach

psychischen Erregungen auftretenden Neurosen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt

der

medizinischen Fakultät zu Erlangen

am 4. Juli 1887

von

Josef Bergmann
aus Nabburg.

ERLANGEN.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von Junge & Sohn.
1887.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Prof. Dr. Strümpell.

Wie bedeutsam und mannigfaltig die Einwirkung psychischer Zustände auf unsern Körper sind, geht schon aus den Erfahrungen des alltäglichen Lebens hervor. Wer mit nur einigermassen aufmerksamem Blick die Abhängigkeit körperlicher Vorgänge von psychischen Erregungen aufzufinden und zu beobachten versucht, ist überrascht von der Fülle der hieher gehörigen Erscheinungen. Schreck, Erstaunen, Aerger, Kummer, Sorge, Freude, Zorn, Ekel, Unwille, Begehrlichkeit, Abscheu — dies Alles drückt sich nicht nur in den verschiedenartigen Muskelkontractionen aus, welche den mimischen Gesichtsausdruck bedingen, sondern übt weiter einen leicht bemerkbaren Einfluss aus auf zahlreiche andere Organe unseres Körpers. Dass dieser Einfluss durch nervöse Erregungen vermittelt wird und sich auch vorzugsweise in nervösen Erscheinungen kundgibt, bedarf keiner besonderen näheren Erklärung. Wir können in der That alle durch psychische Erregungen eintretenden Symptome nach den verschiedenen Qualitäten der einzelnen Nerven ordnen. Berücksichtigen wir nur die bekanntesten Erscheinungen, so erhalten wir folgende Uebersicht:

1. Sensorische Symptome.

a) Anaesthesien der Haut und der übrigen Sinne im Moment grosser psychischer Erregungen sind nichts Seltenes. Im Zustande der Aufregung, der Angst u. dgl. erleidet man zuweilen nicht unbeträchtliche Verletzungen, die zunächst vollkommen unbemerkt bleiben. Man sieht und hört Vieles nicht, wenn man im Affekt ist. Die Sprache

drückt dies in bekannter Weise aus: „blind vor Wuth“, „taub im Zorn“ u. dgl.

b) Hyperaesthesien kommen bei andersartigen psychischen Zuständen ebenfalls vor. Im Aerger, im Gefühl des Unmuths und der Verstimmung tritt eine Empfindlichkeit gegen Sinneseindrücke nicht selten hervor. Das leiseste Geräusch ist unangenehm. Man will nichts sehen, nichts hören. Auch die Hyperästhesie der Hypochonder muss hier erwähnt werden.

2. Motorische Störungen.

a) Motorische Reizerscheinungen in willkürlich bewegten Muskeln sind ungemein häufig und vielfältig. Die gesammte Physiognomik und fast alle mimischen Ausdrucksbewegungen gehören hieher. Doch erstreckt sich die Reizung oft auf viel weitere Gebiete. Der ganze Körper wird starr vor Schreck, die Faust ballt sich vor Zorn, man zittert vor Erregung, vor Angst u. dgl.

b) Motorische Reizerscheinungen in willkürlich unbeweglichen Muskeln. Hier ist zunächst der ungemein grosse Einfluss der psychischen Zustände auf das Herz zu nennen. „Das Herz klopft mir vor Erregung“, „das Herz zieht sich mir zusammen,“ sind ja allgemein bekannte Ausdrücke. Wir erinnern ferner an die Einwirkung der Aufregung und andererseits des Ekels auf den Magen (psychogenes Erbrechen), an die Beeinflussung des Darmes (Durchfall) durch Angstzustände u. dgl. Auch die Erregungen der Haut- und Haarmuskeln dürfen nicht unerwähnt bleiben. „Mir läuft eine Gänsehaut über den Rücken“, „mir sträubt sich das Haar“, sind populäre Ausdrücke geworden.

c) Motorische Lähmungserscheinungen sind ebenfalls nicht selten. Der Schreck lähmt einem die Glieder, vor Erstaunen ist man sprachlos, u. dgl. mehr.

3. Vasomotorische Störungen.

Vasomotorische Störungen sind ungemein häufig. Man denke an das Erröthen und Erblassen des Gesichtes, an die Zornröthe, die Schamröthe, an das Blasswerden in Folge eines plötzlichen Schreckens u. dgl. Auch in den übrigen Körpertheilen kommen ähnliche Erscheinungen vor. Die Schamröthe erstreckt sich nicht selten über einen grossen Theil des Rumpfes. An den Händen sieht man nicht selten ein Erblassen und eine leichte Cyanose bei Zuständen der Aufregung. Endlich gehören auch die Vorgänge der Erection hierher.

4. Secretorische Störungen

sind ebenfalls sehr oft zu beobachten. Die häufigste, alltäglich zu sehende hierher gehörige Erscheinung ist die Thränensecretion, welche überhaupt zum grössten Theil von psychischen Anlässen abhängig ist. Man weint vor Schmerz und vor Freude, vor Rührung, Mitleid u. a. Sehr mächtig ist auch der Einfluss psychischer Erregungen auf die Schweisssecretion, obwohl hiebei wahrscheinlich vasomotorische Erregungen häufig das Zwischenglied bilden (Angstschweiss u. a.). Ferner sehen wir wichtige Beeinflussungen der zum Verdauungsapparat gehörigen Drüsen durch psychische Zustände (Verlangen, Gier). Für den Speichel und den Magensaft ist dieses Verhalten direkt nachweisbar, für die übrigen Drüsen blos wahrscheinlich. Uebrigens kommen hier nicht blos Reizungserscheinungen, sondern auch Hemmungen vor. Die Trockenheit des Mundes bei gewissen Zusztänden innerer Aufregung ist bekannt. Endlich ist auch die Abhängigkeit der Harnsecretion von von dem psychischen Verhalten zu erwähnen. Man beobachtet zuweilen Personen, welche nach einem Aerger u. dgl. stets nur spärlichen, sehr concentrirten Harn entleeren.

5. Trophische Störungen.

Dass die allgemeinen Ernährungsvorgänge sehr von psychischen Einflüssen abhängig sind, ist unzweifelhaft. Doch sind die Erscheinungen hier nicht so eindeutig, dass man auf eine direkte Beeinflussung der etwaigen trophischen Nerven einen Schluss ziehen könnte. Immerhin sprechen einzelne Thatsachen für einen derartigen direkten Einfluss, so namentlich die bekannte Erscheinung des Ergrauens der Haare nach anhaltendem Kummer u. dgl.

Wir haben bisher die zahlreichen Erscheinungen, welche schon im alltäglichen Leben auf die Abhängigkeit körperlicher Vorgänge von psychischen Einflüssen hinweisen etwas ausführlicher und übersichtlich dargestellt, weil diese Thatsachen uns gewissermassen ein Verständniss für gewisse pathologische Beobachtungen ermöglichen. Die meisten der oben erwähnten Erscheinungen sind nicht krankhaft. Zum Theil gehören sie sogar zu den nothwendigen oder mindestens nützlichen physiologischen Vorgängen. Krankhaft werden derartige Vorgänge aber, wenn sie das normale Mass überschreiten, wenn sie in ungewöhnlicher Form und Ausdehnung auftreten, wenn sie endlich weit längere Zeit anhalten, als dem Grade und der Dauer der psychischen Erregung entsprechen sollte.

Das Verständniss für das Zustandekommen derartiger krankhafter Folgeerscheinungen von stärkeren psychischen Erregungen wird uns durch die Betrachtung jener so zu sagen psysiologischer Vorgänge wesentlich erleichtert. Diese Beobachtung lehrt uns, dass wir es bei den pathologischen Vorgängen nur mit einer Steigerung physiologischer Reiz- oder Hemmungswirkungen zu thun haben. Wir können daher die einzelnen Formen, unter denen die echten Emotionsneurosen — mit diesem Namen bezeichnet man die durch starke psychische Erregungen hervorgerufenen

andauernden nervösen Störungen — sich zeigen, wenigstens zum Theil unmittelbar zu solchen Erscheinungen in Beziehung setzen, welche noch als physiologische Effekte psychischer Erregungszustände auftreten. Das anhaltende heftige krankhafte Zittern bei manchen derartigen Erkrankungen ist nur der stabil gewordene Zustand des Zitterns, welches vorübergehend auch bei dem gesundesten Menschen unter gewissen psychischen Einflüssen entsteht. Die andauernde Sprachlosigkeit nach einem Schreck ist ebenso nur die Steigerung jener vorübergehenden Hemmung unserer Sprachbewegungen, welche bei jedem Gesunden durch eine plötzliche starke seelische Erregung eintreten kann.

Fragen wir aber weiter nach den näheren Ursachen, weshalb unter gewissen Umständen die normale Reaktion des Körpers auf eine psychische Erregung in einen anhaltenden krankhaften Zustand übergeht, so kommen offenbar zwei Momente vorzugsweise in Betracht. Einmal — und dies ist das unwesentlichere Moment — die Stärke des psychischen Reizes. Uebersteigt diese eine gewisse Grenze, so wird die hervorgerufene Erschütterung des Nervensystems — um bildlich zu sprechen — eine so heftige, dass die Theilchen desselben gewissermassen nicht gleich wieder in die alte Ordnung zurückkehren können. Es bleibt eine dauernde Störung der Ordnung nach, die sich erst allmählich wieder ausgleicht. Oder — und dies ist das wesentlichste und praktisch wichtigste Moment — das Nervensystem ist seiner ganzen Beanlagung nach ein labileres, leichter aus der Gleichgewichtslage zu bringendes. Dann genügt auch eine geringere Erschütterung, welche von einem gesunden widerstandskräftigen Nervensystem ohne dauernde Schädigung ertragen wird, um eine anhaltende Störung hervorzurufen. Dies ist der Zustand, den man im gewöhnlichen Leben mit dem Ausdruck „schwache Nerven“ bezeichnet.

Wir können hier auf eine nähere Erörterung dessen, was man unter der „nervösen Disposition“ versteht, nicht eingehen. Nur angedeutet muss hier werden, wie die Einflüsse der Heredität, der Erziehung, der allgemeinen Ernährung, der körperlichen und geistigen Lebensweise sich gerade in diesem Punkt ungemein häufig geltend machen.

Klinische Erfahrungen über das Vorkommen andauernder Krankheitszustände, welche unmittelbar unter dem Einflusse einer starken einmaligen psychischen Erregung entstehen, sind keineswegs selten. Insbesondere in den Krankengeschichten, welche die sogenannten hysterischen Zustände betreffen, finden wir das eben erwähnte ätiologische Moment häufig angegeben. Wir müssen auch hier gleich hervorheben, dass es einen grundsätzlichen Unterschied zwischen den hysterischen Erkrankungen und den Emotionsneurosen nicht gibt, dass beide vielmehr eng zusammen gehören. Nur insofern kann ein klinischer Unterschied zwischen den beiden Affektionen aufgestellt werden, als wir es bei der Hysterie häufig mit einer anhaltenden, aus wechselnden Symptomen zusammengesetzten Krankheit zu thun haben, während wir den Namen „Emotionsneurose“ mehr für einen einmaligen, abgeschlossenen, plötzlich auftretenden und nach einer gewissen Zeit wieder völlig verschwindenden Zustand gebrauchen. Indessen liegt es auf der Hand, dass dieser Unterschied kein scharf durchzuführender ist.

Auch noch unter einem andern Namen sind zahlreiche Fälle von Emotionsneurosen beschrieben worden — nämlich unter der Bezeichnung „traumatische Hysterie“. Nach traumatischen Einflüssen, insbesondere nach solchen, welche keine gröberen Körperverletzungen hervorgerufen haben, stellen sich häufig eigenthümliche nervöse Symptome ein,

welche man mit dem obigen Namen bezeichnet hat. Eine nähere Betrachtung der traumatischen Neurosen zeigt aber, dass die hierher gehörigen Beobachtungen nicht alle einander vollkommen gleich zu setzen sind. In einem Theil der Fälle wenigstens ist es wohl sicher, dass nicht das Trauma als solches, sondern der damit verbundene Schreck die eigentliche Ursache der darnach eintretenden Erkrankung ist. Das wirkliche physische Trauma ist also hier, um einen Ausdruck von Strümpell[1]) zu gebrauchen, mit einem psychischen Trauma verbunden. Viele „traumatische Neurosen" sind reine „Schreckneurosen" und werden daher mit Recht auch als „traumatische Hysterie" bezeichnet.

Der Name „Emotionsneurosen" ist zuerst in weiteren ärztlichen Kreisen bekannt geworden durch eine Abhandlung von dem verstorbenen Prof. Berger in Breslau: „Zur Lehre von den Emotionsneurosen"[2]). Je nach der besonderen Art der psychischen Erregung und der darauf folgenden Störung hat man auch die Ausdrücke Schrecklähmung[3]), Schreckaphasie[4]) u. dgl. gebraucht.

Indem ich nun zur Veröffentlichung einiger neuer, in der Erlanger medicinischen Klinik beobachteten Fälle von Emotionsneurosen übergehe, erfülle ich zunächst die angenehme Pflicht, meinem geehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Strümpell, für die Ueberlassung dieser Beobachtungen, sowie für seine Unterstützung bei der Abfassung dieser Abhandlung meinen besten Dank auszusprechen.

---

1) Deutsch. Archiv für klin. Medicin Bd. XXXV S. 16.

2) Deutsch. Zeitschrift für prakt. Medicin 1877.

3) „Zur Casuistik der Schrecklähmung", Inauguraldissertation von Richard Lippe, Breslau 1877.

4) „Ueber Schreckaphasie" von Prof. Dr. H. Fischer in deutsch. medic. Wochenschrift 1877.

I.

B., 41 Jahre alt, Bauernknecht aus Heroldsberg, stammt aus einer völlig gesunden Familie, in der insbesondere nie Nervenkrankheiten vorgekommen sind. Er war, abgesehen von einem Clavicularbruch linkerseits und einer Verletzung des rechten Vorderarmes, früher nie krank gewesen. Speciell hatte er, wie auch von andern Personen, die ihn kennen, bestätigt wurde, niemals Sprachstörungen u. dgl. gehabt und war überhaupt angeblich völlig gesund gewesen.

Am Mittwoch den 19. Mai 1886, Nachmittags 4 Uhr, stürzte ein Pferd von dem Fuhrwerk des Pat. in eine neben dem Wege befindliche Dunggrube, deren morsche Bretterbedeckung es durchtrat. Das andere Pferd, der Wagen, sowie auch der auf derselben Wagenseite befindliche Pat. blieben stehen. Pat. war direkt darnach noch völlig unbeeinflusst; er konnte noch sprechen und bei den Versuchen, dem Pferde zu Hülfe zu kommen, mithelfen. Nachdem aber ungefähr eine Viertelstunde verflossen war und Pat. sich inzwischen Vorwürfe und Gedanken, es möchte das Pferd Schaden gelitten haben und er für den Schaden aufkommen müssen, gemacht hatte, fiel er plötzlich, mit den Rettungsarbeiten noch beschäftigt, um, und zwar schlug er mit dem Hinterkopf auf mit Gras bewachsenen Boden auf. Er hatte in dem Moment des Umfallens das Bewusstsein verloren und kam erst Nachts wieder zu sich, wo er sich, nach Hause geschafft, in seinem Bett vorfand. Bei dem Versuche, auf die an ihn gestellten Fragen zu antworten, merkte er, dass er nicht laut reden und die Augen nicht öffnen könne und hatte ausserdem über heftige Schmerzen im Hinterkopf zu klagen. Es fand sich keine äussere Verletzung, keine Blutung aus Nase, Mund oder Ohr. Der Gebrauch der Extremitäten war in keiner Weise

beschränkt. Kein Schwindelgefühl, kein Erbrechen. Die Erinnerung an die seinen Unfall begleitenden Umstände kehrte erst allmählich, bis zum Mittag des folgenden Tages, vollständig zurück.

Am Tage der Aufnahme in die medicinische Klinik (21. Mai), 3 Tage nach dem Unfall, hatten sich die Schmerzen am Hinterkopf vollständig verloren. Pat. klagte nur noch über Störungen der Sprache und des Oeffnens der Augen. Er ass und trank wie sonst. Der Stuhl war angehalten.

Die objektive Untersuchung ergab Folgendes: Pat. ist mittelgross, regelmässig und kräftig gebaut, gut entwickelt und entsprechend genährt. Haut und innere Organe bieten nichts Abnormes dar. Ebenso sind Temperatur, Puls und Respiration normal. Pat. liegt in ruhiger Rückenlage mit geschlossenen Augen da. Fordert man ihn auf, die Augen zu öffnen, so vermag er das nicht. Der Versuch ruft ein leichtes Zwinkern beiderseits hervor. Versucht man passiv die Lidspalte zu öffnen, so tritt ein krankhaftes Zusammenkneifen ein und hindert das Oeffnen. Soviel man sehen kann, sind die Bulbi nach oben gerichtet, die Pupillen ziemlich eng, ihre Weite auf beiden Seiten gleich. Stülpt man das obere Lied um und sagt dem Pat, er soll nach unten sehen, so kann er das nicht. Ausserdem besteht eine eigentümliche Sprachstörung. Die Sprache geschieht mit Flüsterstimme, ist langsam, stossweise, von unruhigen Inspirationen unterbrochen — ebenso, wie wenn Jemand „vor Aufregung nicht sprechen kann“. Dabei ist Pat. völlig bei Bewusstsein, erinnert sich der Vorgänge von früher und jetzt ganz gut und gibt auf alle Fragen schnell und richtig Antwort. Ueber den das Ganze veranlassenden Vorgang denkt er jetzt ruhiger und sind ausser den beschriebenen keine sonstigen nervösen Symptome nachzuweisen. Nur sein Gang ist unsicher und geschieht mit langsamen, kleinen, vorsichtigen Schritten.

Eine besondere medicamentöse Behandlung wurde nicht eingeleitet. Pat. musste nur immer von Neuem versuchen, laut und langsam zu sprechen, musste Gehübungen machen und sich im Heben seiner Augen üben. Unter dieser „psychischen Behandlung“ besserte sich der Zustand des Pat. zusehends, so dass er schon am folgenden Tage die Augen etwas öffnen konnte, wobei allerdings noch Zwinkern eintrat. Bezüglich der Sprache war noch keine wesentliche Besserung wahrzunehmen. Nach weiteren 24 Stunden öffnete Pat. das rechte Auge fast ganz, das linke zur Hälfte. Auch die Sprache hatte sich gebessert, indem einige laut tönende Worte mit unterliefen. Am nächsten Tage wurden die Augen normal geöffnet. Die Sprache war zuweilen noch etwas hauchend und manche Worte wurden noch leise gesprochen. — Pat. erhielt an diesem Tage ein Bad mit kalter Douche. Als er darnach bereits angekleidet war und das Badezimmer verlassen hatte, fiel er der Länge nach hin und schien völlig bewusstlos. Er erholte sich aber innerhalb weniger Minuten wieder, ohne dass irgend welche Störung zurück blieb. — Am 30. Mai, nach 10tägigem Aufenthalt in der Klinik, waren alle Störungen vorübergegangen und Pat. wurde als geheilt entlassen. —

Von den krankhaften Symptomen treten in diesem Falle besonders der Blepharospasmus und die Sprachstörung in den Vordergrund. Diese sind ohne Weiteres zu einigen der Eingangs erwähnten physiologischen Vorgänge in Beziehung zu setzen. Man „schliesst vor Schreck die Augen“ und „kann nicht sprechen vor Erregung.“ Was aber unter gewöhnlichen Umständen nur einen Moment andauert, ist im vorliegenden Fall in einen allerdings auch bald wieder vorübergehenden, aber doch über mehrere Tage hin sich erstreckenden Zustand übergegangen. Pat. war vor und nach dieser Erkrankung vollkommen gesund. In

seinem psychischen Verhalten und seinem ganzen Nervensystem hatten sich nie irgend welche Abnormitäten gezeigt. Das hindert, den Fall einfach unter die gewöhnliche Hysterie zu rubriciren. Andererseits freilich hat der eine Anfall von Bewusstlosigkeit, der nach der kalten Douche auftrat, so viel Gemeinsames mit einem hysterischen Anfall, dass man vielleicht am besten die Erkrankung als eine „traumatisch-hysterische“ bezeichnet, indem man dabei an der oben angeführten Auffassung des „Trauma“ festhält.

II.

E., 13-jähriges Dienstmädchen aus Adlitz, wurde am 7. Oktober 1886 in die hiesige Klinik gebracht. Sie blieb auf alle Fragen stumm und gab erst bei eindringlichen Fragen nach Schmerz etc. verneinende oder bejahende Zeichen mit dem Kopfe; dabei wimmerte sie beständig, es standen ihr die Thränen in den Augen, die Wangen rötheten sich, die Athmung ward schneller und schneller, zuletzt krampfartig, 3—4 ruckweise Inspirationen auf eine lange Exspiration folgend.

Die Dienstfrau sagte aus, die Pat. sei am vorhergegangenen Tag Morgens erkrankt unter Frost, Uebelkeit, Erbrechen u. Schmerzen im Hals, in der Magengegend und in der rechten Bauchgegend. Sie hatte indessen ihre Arbeit noch versehen bis Nachmittag. Dann legte sie sich zu Bett und es wurde ihr mitgeteilt, dass sie nicht im Hause bleiben könnte, sondern zu ihrer Mutter in die Heimat müsste. Darüber erschrak sie heftig und bat, sie nicht dahin zu bringen. (Ihre Mutter, die im Armenhause wohnt, soll sie immer sehr schlecht behandelt haben.) Da die Mutter, welche am nächsten Tage kam, sie auch nicht zu Hause haben wollte, wurde beschlossen, Pat. in's Spital zu schaffen. Darüber geriet dieselbe in eine unbeschreibliche

Aufregung, schlug mit den Händen und Füssen um sich und war nicht zu bewegen, das Bett zu verlassen. Seit diesem Moment hat sie kein Wort mehr gesprochen.

Die Eltern und Geschwister der Pat. sind vollständig gesund. Auch sie selbst war nie vorher krank, hat insbesondere nie Krämpfe oder andere nervöse Erscheinungen gezeigt.

Die objektive Untersuchung kurz nach der Aufnahme der Pat. in's Spital ergab folgendes: Pat. ist für ihr Alter sehr kräftig gebaut, wohl gebildet und von blühendem Aussehen. Muskulatur und Fettpolster sind gut entwickelt. Die beiden Augenlider sind zur Hälfte gesenkt. An der Unterlippe, gegen den linken Mundwinkel zu, sind einige kleine, mit hellem Inhalt gefüllte Bläschen wahrnehmbar. — Während der Beobachtung wird Pat. unruhiger, das Athmen wird rascher, die Athemzüge werden kürzer, das Gesicht bekommt einen ängstlichen Ausdruck, die Augen, fest geschlossen, schwimmen in Thränen, die Nasenflügel zittern, statt der Inspiration drei kurze, hohe, verschieden auf einanderfolgende Schluckser. Die Schleimhaut des Rachens ist ziemlich stark geröthet, eine Schwellung der Rachenorgane ist nicht nachweisbar. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt normale Verhältnisse. Druck im Epigastrium und in der Ileocöcalgegend ruft Schmerzensäusserungen hervor. Sonst findet sich am Abdomen nichts Abnormes. Sensibilität, Motilität, Reflexerregbarkeit am ganzen Körper normal.

Aus der Pat. ist nicht eine Silbe herauszubringen. Wegen der enormen Erregung, in der sie sich befindet, wird von Weiterem abgesehen.

Am nächsten Morgen (8. October) war Pat. ruhiger. Sie antwortete jedoch auch jetzt auf keine Frage, schüttelte nur bei derbem Zureden mit dem Kopf. Obwohl sie Alles sehr gut zu verstehen scheint, macht sie nicht die mindeste

Anstalt zu sprechen. Die Augenlider bleiben zur Hälfte geschlossen, der Mund zeigt nicht die mindeste Bewegung oder Zuckung. Aufgefordert, schreibt Pat. deutlich und ohne Fehler nieder, wie und wann sie erkrankt sei und wo sie Schmerzen habe.

Pat. erhielt eine Eingiessung, worauf Stuhl erfolgte. Am 9. Oct. waren die Schmerzen in der Ileocöcalgegend verschwunden, die im Episgastrium geringer. Pat. hatte ihre Scheu zum grössten Teil abgelegt. Auf die Aufforderung, die Vokale a, e, i, o, u nachzusprechen, stiess sie unter krampfhafter Anspannung der Exspirationsmuskeln einen unartikulirten Laut, etwa zwischen a und o aus. Vorgehaltene Gegenstände erkennt Pat. gut, weiss sie aber nicht zu benennen. So schüttelt sie mit dem Kopf, wenn man ihr z. B. ein Trinkglas vorhält und sagt, es sei ein Stuhl, Tisch, Tuch, Wasser etc., so lange, bis man den richtigen Ausdruck gebraucht. — Am Mittag desselben Tages wurde die Halsgegend der Pat. mit dem constanten Strom gereizt. Dabei lernte sie deutlich a, ma, undeutlich ema und ihren Namen Margareth sagen. Abends konnte sie vorbenannte Silben nachsagen. Weiteres jedoch nicht.

10. October. Der Pat. werden verschiedene Gegenstände vorgehalten und dieselben mit falschen Namen benannt. Sie schüttelt dabei sofort entschieden mit dem Kopf, wie sie denn anscheinend Alles leicht und rasch auffasst und versteht. Wird der richtige Ausdruck für den vorgehaltenen Gegenstand gebraucht und Pat. aufgefordert, denselben nachzusprechen, so gelingt ihr das. Sie sagt den Ausdruck ziemlich leise, die einzelnen Silben abgebrochen, gleichsam als ob sie dieselben erst in ihrem Gehirne zusammensuchen müsste. Sie sagt nach: Glas, Stuhl, Tuch, Tisch etc. und zwar weiss sie diese Bezeichnungen auch noch auszusprechen, wenn man ihr die betreffenden Gegenstände nach einiger Zeit wieder zeigt mit der Aufforderung, sie

zu benennen. Längere und schwerere Worte jedoch, wie „Pfefferkuchen“, kann sie noch nicht aussprechen. — Pat. wird ferner aufgefordert zu gehen; sie schüttelt den Kopf. Gefragt, ob sie Zählen gelernt habe, gibt sie bejahende Antwort. Es werden ihr der Reihe nach ausgestreckte Finger der Hand in verschiedener Zahl vorgehalten und sie aufgefordert, die Zahl anzugeben. Sie schaut hilflos drein und schüttelt mit dem Kopfe. Nun werden ihr allmählich die Zahlen 1—5 vorgesagt und sie veranlasst, dieselben nachzusprechen, was auch ganz gut gelingt. So zählt sie geläufig bis 5, bleibt aber hier stecken. Auf die Frage, ob sie wisse, was für eine Zahl folge, sagt sie ja. Sie kann dieselbe aber erst aussprechen, nachdem sie ihr vorgesagt worden ist, ebenso die nachfolgende 7. Ohne Fehler zählt sie z. B. 3 oder 7 ausgestreckte Finger, stutzt aber bei 8 oder 9 erhobenen und verweigert die Antwort. Man fordert sie nun auf, die Zahl 8 auf Papier zu bringen; sie thut es und kann, indem sie die geschriebene Zahl liest, dieselbe auch aussprechen, während sie die nachfolgende 9, die sie noch nicht geschrieben, auch durchaus nicht aussprechen kann. Auch, nachdem sie die Umrisse der Zahl ganz richtig in die Luft geschrieben hat, kann sie dieselbe noch nicht sprechen. Dies gelingt vielmehr erst, nachdem sie die 9 auf Papier niedergeschrieben hat.

Am Abend dieses Tages erhielt Pat. ein Douchebad. Dadurch geriet sie in starke Aufregung, bekam Weinkrämpfe und Nasenbluten und während sie vor dem Bade alle am Morgen gelernte Worte ohne Anstand sprechen konnte, war nach dem Bade fast gar nichts aus ihr herauszubringen.

11. October. Pat. spricht heute von selbst, wenn auch langsam, so doch deutlich und zwar auch Worte, welche ihr noch nicht vorgesagt worden sind. Vereinzelte Ausdrücke, z. B. den für Handtuch, kann sie jedoch noch nicht

finden. Sie ist im Uebrigen ganz munter, hat guten Appetit und beschäftigt sich mit Lesen.

Am 12. Oct. wurde noch geringer Schmerz in der Gegend des Proc. ensiformis beim Athemholen von der Pat. angegeben; auch auf Druck war diese Stelle empfindlich. In den nächsten Tagen verlor sich indess unter Anwendung von Priessnitz'schen Umschlägen auch dies und Pat. konnte am 16. Oct. als vollständig gesund aus dem Spital entlassen werden. —

Das interessanteste Symptom bei diesem Falle war die eigenthümliche Sprachstörung. Dieselbe ist verschieden von der im vorigen Fall beschriebenen. Dort war eine Hemmung der Sitmmbildung vorhanden; der Kranke konnte nur in der Flüsterstimme sprechen, in dieser aber alle Worte ohne Anstand aussprechen. Hier aber haben wir es mit einer vollkommenen Stummheit zu thun; die Pat. konnte sich nicht im Geringsten durch die Sprache verständlich machen. Einen ähnlichen Fall hat Prof. Dr. H. Fischer in Breslau unter der Bezeichnung „Schreckaphasie" veröffentlicht. [1])

Ein 32jähriger Mann war von Räubern überfallen und ausgeraubt worden, ohne jedoch eine wesentliche körperliche Verletzung davonzutragen. Durch den ausgestandenen Schreck hatte er aber plötzlich die Sprache vollständig verloren. Die Störung dauerte mehrere Monate, ging aber allmählich unter Anwendung einer psychischen, auf die Beruhigung des Kranken hinzielende Behandlung und methodischer Sprechübungen wieder zurück. Eine hysterische Stummheit ist auch von Charcot beschrieben worden. In der hiesigen Klinik wurde im vorigen Semester ein Fall von schwerer Hysterie bei einem 17 jährigen Mädchen beobachtet, welches unter anderen Symptomen zunächst die

1) Deutsche medicinische Wochenschr. 1877.

Zeichen einer hysterischen Stimmbandlähmung darbot. Mit einem Mal ging die Aphonie in völlige Stummheit über, so dass das Mädchen wochenlang sich nur durch Zeichen verständlich machen konnte.

Von besonderem Interesse ist in unserem Fall das Auftreten von Störungen in der Innervation der Athemmuskel zugleich mit der Sprachstörung. Aber bei der Abhängigkeit der Sprachbildung von der Athmung ist das sehr gut verständlich. Da die Centren der Athmung und der Sprachbildung notwendig in enger Beziehung zu einander stehen müssen, so erklärt es sich von selbst, dass auch die Störungen beider leicht kombinirt vorkommen.

Die rasche Besserung der krankhaften Symptome bei unserer Patientin ist wohl vorzugsweisse der psychischen Behandlung zuzuschreiben, welche mit besonderer Sorgfalt bei ihr angewendet wurde. Die Furcht vor dem Krankenhause, welche besonders in einem Teil unserer ländlichen Bevölkerung eine überaus grosse ist, hatte hier den Anfall hervorgerufen. Als nun die Pat. statt der unbestimmten Schrecknisse, die sie erwartete, eine liebevolle Aufnahme und Behandlung, liebevoller jedenfalls, als sie von Haus aus gewohnt war, gefunden hatte, besserte sich ihr Zustand überraschend schnell. Ausserdem haben sicher auch zur Beseitigung der Sprachstörung die mit ihr angestellten Sprechübungen wesentlich beigetragen.

III.

N., 25 Jahre alt, Wagner aus Thierstall, kam am 15 Juli 1886 in die hiesige Klinik. Folgende anamnestische Angaben werden teils von ihm, teils von andern Leuten, die ihn näher kennen, erhoben. In seiner Familie waren nie Nervenkrankheiten oder Nervosität vorgekommen. Pat. selbst soll niemals krank und immer in jeder Beziehung,

auch in psychischer Hinsicht, völlig normal gewesen sein. Er war Soldat gewesen und keineswegs schreckhaft oder leicht erregbar.

Am 9. und 10. Juni 1886 traten zum erstenmal bei ihm Anwandlungen von Unwohlsein auf, Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen, Brechneigung; am 11. Juni wirkliches Erbrechen. Pat. schreibt die Schuld davon einer hochgradigen Aufregung zu, in der er sich seit einiger Zeit befand. Als Bräutigam einer älteren Dame nämlich, die er am 14. Juli heiraten sollte, glaubte er, die Beobachtung zu machen, dass das Benehmen seiner zukünftigen Frau, sowie noch einige andere Umstände ihm keine allzu rosige Zukunft in Aussicht stellten, insbesondere eine Pantoffelherrschaft mehr als wahrscheinlich machten. Am 11. Juni kam auch noch eine vom Pat. übel aufgefasste Geldangelegenheit zur Sprache, wodurch seine Aufregung noch wesentlich gesteigert wurde. Am 12. Juni wünschte Pat. etwas spazieren zu gehen, während ihn seine Braut zu Hause behalten wollte. Auch dadurch misstrauisch gemacht, ging Pat. später doch fort; um welche Zeit, weiss er nicht, weil er von da ab bis 9 Uhr Abends überhaupt „wie im Traume“ lebte. Als er wieder zu sich kam, fand er sich auf einer Landstrasse, die er an der Pferdebahn als die Fürth-Nürnberger erkannte, 4 Stunden von Erlangen, wo seine Braut und er selbst wohnte, entfernt. Wie er nach Fürth gekommen war, ob zu Fuss oder per Eisenbahn, das wusste er absolut nicht. Er setzte indess seinen Weg fort und gelangte nach etwa einer Stunde nach Nürnberg zu seinem Onkel, woselbst er als aufgeregt und krank aussehend erkannt und mit Thee tractirt wurde. Der Schlaf in dieser Nacht war schlecht, zwar ohne Träume, aber von öfterem Erwachen unterbrochen. Am 13. Juli fühlte sich Pat. zwar noch matt und abgeschlagen, aber sonst gebessert, und wollte mit der Bahn nach Erlangen zurückfahren. Er ging

zu Fuss, von einem Freund begleitet, zum Bahnhof. Nachdem dortselbst der Freund sich schon seit längerer Zeit wieder von ihm verabschiedet hatte, bekam Pat. wieder eine stärkere „Schwäche“ mit Brechneigung etc. Er gab deshalb seinen Vorsatz auf und versuchte nach Hause zu gehen, wäre aber dazu nicht im Stande gewesen, wenn ihn nicht unterwegs ein Bekannter getroffen und geleitet hätte. Da stellte sich zum erstenmal, während er sich noch auf dem Weg nach dem Hause seinen Onkels befand, heftiges Zittern in allen Gliedern ein, so dass er kaum zu gehen vermochte. Angeblich fühlte Pat. überall Kribbeln in der Haut und behauptet, am linken Arm und in der linken Gesichtshälfte kein Gefühl gehabt zu haben. Durch die Ruhe besserte sich das am 13 und 14 Juli. Erst am 15. Morgens trat bei der Mitteilung, dass von der Geschichte in der Zeitung stände (am 14. Juli hätte Hochzeit sein sollen, der Bräutigam sei nicht erschienen), eine neue zeitweise Verschlimmerung, Zittern und Parästhesien auf. Auch am 14. Abends hatte die Nachricht, dass seine Braut einen Boten, der ihr von seiner Krankheit berichten sollte, nicht vorgelassen habe, eine leichte Verschlechterung herbeigeführt.

Dumpfe Kopfschmerzen hatte Pat. von Anfang an, aber in geringem Grade, Nur bei Steigerung der Aufregung und des Unwohlseins wurden sie ebenfalls stärker, der Schlaf war immer schlecht, nur am 14. Tags über gut. Auge und Ohr hatten nie Störungen gezeigt.

Bei der Aufnahme des Kranken in die Klinik konnte der starke Tremor noch deutlich bemerkt werden. Pat. zitterte in der That am ganzen Körper „wie Espenlaub.“ Arme, Beine, der ganze Rumpf und der Unterkiefer nahmen an diesen Zitterbewegungen Theil, welche durch nichts unterdrückt werden konnten. Im Uebrigen waren keine besondere Symptome nachweisbar. Die Sensibilität und die

Reflexe waren normal. Leider musste Pat. am folgenden Tage, wo er übrigens bereits ruhiger war, entlassen werden, so dass eine genauere weitere Beobachtung und Behandlung nicht möglich war.

Der soeben mitgeteilte Fall bietet von Neuem einen Beleg für die oben erwähnte Anschauung, dass die bleibenden krankhaften Erscheinungen nach einem heftigen psychischen Insult in der Art und Form ihres Auftretens sich häufig an die „normalen" Folgen psychischer Erregungen anschliessen. Vorübergehendes Zittern nach einem Schreck, bei Zuständen der Furcht und der ängstlichen Erregung ist ja ein bei fast allen Menschen vorkommendes, nicht als krankhaft anzusehendes Symptom. Grade dieses Zittern kann nun aber unter Umständen stabil werden und dabei so stark sein, dass es zur krankhaften Erscheinung wird. In der hiesigen Klinik sind mehrere Fälle von ausgesprochenem hysterischen Tremor beobachtet worden, so u. A. namentlich bei einem jungen Mädchen, welches in der Pension von Angst und starkem Heimweh ergriffen wurde und dabei zu zittern anfing. Uebrigens scheint — wohl nur bei schon bestehender Disposition — eine psychische Erregung auch den Ausbruch eines organisch bedingten Tremors begünstigen zu können. Prof. Strümpell theilte mir einen Fall von Paralysis agitans mit, bei welchem der betreffende Kranke das Zittern zum ersten Mal bei Gelegenheit einer öffentlich zu haltenden Rede bekommen hatte. Der Kranke, sehr aufgeregt, hielt die schriftliche Disposition zu seiner Rede in in der linken Hand, welche dabei heftig zu zittern anfing. Er schob das Zittern auf die Aufregung und wunderte sich, dass dasselbe nicht aufhörte, als er nach Schluss seiner Rede wieder völlig ruhig geworden war. Das Zittern blieb auch bestehen und es entwickelte sich allmählich, wie gesagt, eine typische Paralysis agitans.

So sehen wir also, dass die Betrachtung der normalen Folgen psychischer Erregungszustände auch für die Beurteilung der krankhaften Folgezustände, der eigentlichen Schreckneurosen, nicht ohne Bedeutung ist. Einen Einblick in das Wesen der betreffenden Vorgänge eröffnen sie uns nicht. Immerhin erleichtern sie uns aber deren Verständniss. Worin die krankhaften Veränderungen bestehen, wissen wir nicht. Sicher sind sie nicht „organischer", sondern „dynamischer" Natur und fallen unmittelbar in das Gebiet, welches die Verbindung zwischen den rein seelischen Vorgängen und den körperlichen Erregungen bildet.